

四川省医学科学院.四川省人民医院

骨髓穿刺/活检术知情同意书

姓名	性别	年龄	病室	床号	病历号
----	----	----	----	----	-----

手术潜在风险和对策

医生告知我骨髓穿刺/活检可发生的一些风险,有些不常见的风险可能没有在此列出,具体的医疗方案术式根据不同病人的情况有所不同,医生告诉我可与我的医生讨论有关我医疗方案的具体内容,如果我有特殊的问题可与我的医生讨论。

- 1.我理解任何麻醉都存在风险。
- 2.我理解任何所用药物都可能产生副作用,包括轻度的恶心、皮疹等症状到严重的过敏性休克,甚至危及生命。
- 3.我理解此医疗方案存在以下并发症风险和局限性:

1) 局部感染或败血症:局部穿刺点发生红、肿、热、痛,或全身感染如发热、寒战等;

2) 局麻药过敏,药物毒性反应;穿刺部位局部出血血肿;

3) 心血管症状:穿刺期间可能发生高血压、脑血管意外、心律失常、心包填满、心跳呼吸骤停等;

4) 由于疾病原因或病人自身因素导致的穿刺失败,可能需要再次穿刺;

5) 术中、术后出血、渗液、渗血,损伤周围神经、动脉、静脉,致出血、血肿形成;穿刺针折断;

6) 除上述情况外,本医疗措施尚有可能发生的其他并发症或者需要提请患者及家属特别注意的其他事项,如
- 患者知情选择
- 我的医生已经告知我将要进行的操作方式、此次操作及操作后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了我关于此次操作的相关问题。

● 我同意在操作中医生可以根据我的病情对预定的操作方式做出调整。

● 我理解我的操作需要多位医生共同进行。我并未得到操作百分之百成功的许诺。

● 我授权医师对操作切除的病变器官、组织或标本进行处置,包括病理学检查、细胞学检查和医疗废物处理等。

同意 () 不同意 ()
- | | | |
|---------|------|---|
| 患者或家属签名 | 签名日期 | 日 |
|---------|------|---|
- 医生陈述: 我已经告知患者将要进行的手术方式、此次手术及术后可能发生的并发症和风险、可能存在的其它治疗方法并且解答了患者关于
- | | | |
|------|------|---|
| 医生签名 | 签名日期 | 日 |
|------|------|---|